



Entidad de Atención Administrada de Ohio Medicaid  
**Formulario de reclamo del miembro**

Si no está satisfecho con Anthem Blue Cross and Blue Shield o con nuestros proveedores, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos, contáctenos lo antes posible. Usted, o alguien que usted elija como su representante, puede contactarnos. Si quiere que alguien hable en su nombre, deberá informárnoslo por escrito. Queremos ayudarle.

**Instrucciones:** Complete las Secciones I y II de este formulario y describa el problema lo más detalladamente que pueda.

- Adjunte copias de todos los registros que quiera presentar (no envíe los documentos originales).
- Si desea que otra persona presente el formulario en su nombre, debe dar su consentimiento a continuación.

<b>Sección I. Información del miembro</b>		
<b>Nombre del miembro</b>		<b>Fecha de la solicitud (mm/dd/aaaa)</b>
<b>Número de identificación del miembro</b>	<b>Número de teléfono del miembro</b>	<b>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)</b>
<b>Dirección del miembro</b>		
<b>Motivo de la solicitud</b> <input type="checkbox"/> <b>Problema urgente que le impide recibir cuidado médico necesario</b> <input type="checkbox"/> Problema de facturación del miembro <input type="checkbox"/> Problema de transporte <input type="checkbox"/> Problema con la tarjeta de identificación <input type="checkbox"/> Problema con el cuidado médico que recibió de un proveedor <input type="checkbox"/> Dificultad para obtener acceso al cuidado médico <input type="checkbox"/> No está contento con el consultorio de un proveedor <input type="checkbox"/> Problema con los servicios dentales <input type="checkbox"/> Otro (explique):		
<b>Sección II. Descripción del problema específico</b> <i>Indique todos los detalles relacionados con su solicitud, como nombres, fechas, lugares, información del proveedor y el número de solicitud de autorización previa, si lo conoce. Anthem lo llamará para obtener cualquier información adicional que necesite para resolver su problema.</i>		
<i>Con su firma a continuación, usted declara que la información proporcionada es veraz y correcta.</i>		
<b>Firma del miembro</b>	<b>Fecha (mm/dd/aaaa)</b>	

**[anthem.com/oh/medicaid](http://anthem.com/oh/medicaid)**

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Community Insurance Company, un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

1038654OHMSPABS 03/22

*Si otra persona completa el formulario en su nombre, su firma más arriba constituye su consentimiento por escrito para que la persona aquí nombrada presente el formulario en su nombre. Con su firma a continuación, su representante autorizado declara que la información proporcionada es veraz y correcta.*

<b>Nombre del representante autorizado del miembro</b> (si corresponde)	<b>Relación con el miembro</b>
--	--------------------------------

<b>Firma del representante autorizado</b> (si corresponde)
--

**Información de contacto y presentación**

Los formularios de reclamo completos pueden enviarse por fax al **866-587-3316** o por correo electrónico a [ohioga@anthem.com](mailto:ohioga@anthem.com).

Revisado: 12/2021

Documentos adjuntos: Obtenga ayuda en otros idiomas  
Aviso sobre no discriminación